

Halina Kasińska

EWOLUCJA ŚWIADCZEŃ PIENIĘŻNYCH NA WYPADEK CHOROBY

Obecne unegulowanie prawne zasiłków pieniężnych przysługujących na wypadek choroby pracownika nasuwa wiele problemów. Odzworowały się w nim bowiem różne tendencje, będące wyrazem poszukiwań optymalnych konstrukcji prawnych. W ciągu wielu lat ewolucji ubezpieczenia chorobowego różnie kształtowała się jego organizacja, warunki nabywania prawa do świadczeń, zakres osobowy i przedmiotowy oraz poziom zasiłków pieniężnych. Rozwiązania prawne w tym zakresie nie zawsze były w pełni realizowane ze względu na ścieranie się różnych sił społecznych i politycznych. Niekiedy wracano do nich po upływie pewnego czasu. Wypróbowano różne systemy finansowania i wykonywania ubezpieczenia chorobowego. Proces doskonalenia regulacji prawnej świadczeń pieniężnych z tytułu choroby trwa nadal. Interesujące może być zatem przyjrzenie się tej instytucji w perspektywie rozwojowej.

I. EWOLUCJA ŚWIADCZEŃ PIENIĘŻNYCH Z TYTUŁU CHOROBY W POLSCE OKRESU MIĘDZYWOJENNEGO

Prace nad projektem pierwszej polskiej ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby podjęte były jeszcze w okresie poprzedzającym datę odzyskania niepodległości¹. Zdobywające w owym czasie coraz więcej zwolenników idee postępu społecznego zadecydowały o bardzo postępowych założeniach projektu przygotowanego w Departamencie Tymczasowej Rady Stanu (w 1917 r.). Celowe wydaje się scharakteryzowanie jego treści, ponieważ pod bezpośrednim wpływem przyjętych w nim

¹ A. Krieger, *Ubezpieczenie na wypadek choroby w Polsce (lata 1917—1918)*, Warszawa 1932, s. 2 i n.; M. Świącicki, *Instytucje polskiego prawa pracy w latach 1918—1939*, Warszawa 1960, s. 52.

rozwiązań ukształtowała się zasadnicza koncepcja ubezpieczenia chorobowego obowiązująca w okresie międzywojennym, a nawet w pierwszych latach Polski Ludowej.

Projekt opierał organizację ubezpieczenia społecznego na zasadzie samorządu terytorialnego. Zasada ta, utrwalona w ustawie z 19 V 1920 r., przetrwała — mimo licznych zmian — aż do roku 1949. W miejsce działających na podstawie rosyjskiej ustawy z 6 VII 1912 r. rozproszonych kas fabrycznych (przyszkolowych) miały być tworzone powiatowe kasy chorych, uprawnione do zrzeszania się w związki okręgowe i związek ogólnopolski. W skład samorządnych organów kasy mieli wchodzić delegaci ubezpieczonych. Pracodawcom przyznano tylko funkcje kontrolne. Fundusze kas chorych, tworzone w oparciu o 5—6-procentowe składki, opłacane miały być w 3/5 przez pracowników a w 2/5 przez pracodawców².

W omawianym projekcie zakładano powszechny charakter ubezpieczenia chorobowego; duży wyłom stanowiło jednak wyłączenie spod jego zasięgu grupy pracowników o wyższych zarobkach. W zakresie świadczeń — obok pomocy leczniczej — przewidywano zasiłek pieniężny, kompensujący w części wynagrodzenie utracone wskutek niezdolności do pracy spowodowanej chorobą. Wymiar jego miał być — jak na owe czasy — wysoki: 60% zarobku dla utrzymujących rodzinę i 40% — dla samotnych. Okres zasiłkowy, przewidywany na 26 tygodni, pozostał co do zasady nie zmieniony aż do chwili obecnej³.

Projekt powyższy nie został oficjalnie przyjęty. Opracowano zatem następny (w 1918 r.), w którym przewidywano ten sam okres i wymiar świadczeń zasiłkowych co w poprzednim projekcie, starano się natomiast udoskonalić organizację ubezpieczenia na wypadek choroby⁴.

Wczesne podjęcie opisanych prac legislacyjnych umożliwiło wydanie 11 I 1919 r. dekretu o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, zastąpionego wkrótce ustawą z 19 V 1920 r. — pod tym samym tytułem i o zbliżonej treści⁵. Ustawa ta — jeden z najbardziej postępowych aktów prawnych z dziedziny ubezpieczeń społecznych wydanych w okresie II Rzeczypospolitej — została uchwalona w okresie toczących się działań wojennych, co w tym przypadku stanowiło okoliczność sprzyjającą, „sfery gospodarcze” zgodziły się bowiem na obciążenia związane z ustępstwami na rzecz robotników⁶.

² Krieger, *loc. cit.*

³ Święcicki, *op. cit.*, s. 54.

⁴ Tamże.

⁵ Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, DzU nr 44, poz. 272.

⁶ M. Święcicki, *Prawo pracy*, Warszawa 1968, s. 50.

Wspomniana ustawa unormowała ubezpieczenie chorobowe na zasadach powszechności, obowiązkowości, terytorialności i samorządności⁷. Miała ona najszerszy zakres podmiotowy spośród przedwojennych aktów prawnych z dziedziny ubezpieczeń społecznych. Na mocy klauzuli generalnej zawartej w art. 3 obejmowała wszystkich pracowników z wyjątkiem urzędników państwowych z nominacji. Obowiązkowi ubezpieczenia podlegali zatem, co warto podkreślić, także robotnicy rolni i leśni — zarówno stali, jak i sezonowi.

Utworzenie samorządnych powiatowych i miejskich kas chorych stanowiło podstawę realizacji zasady terytorialności ubezpieczenia społecznego. Władze kasy: rada, zarząd, komisja rewizyjna i komisja rozjemcza pochodziły z wyborów. Rada kasy składała się z delegatów wybranych na okres 3-letni — w 2/3 przez samych ubezpieczonych, a w 1/3 przez pracodawców. Pozostałe organy wybierane były przez radę kasy. Ogólne kierownictwo i nadzór nad sprawami ubezpieczenia powierzono ministrowi pracy i opieki społecznej, który sprawował je przez wyspecjalizowane jednostki: Główny Urząd Ubezpieczeń oraz okręgowe urzędy ubezpieczeń⁸. Fundusze kasy pochodziły ze składek (w wysokości 6,5% zarobku, opłacanych w 2/5 przez ubezpieczonych, a w 3/5 przez pracodawców), a także z dotacji publicznych, darowizn etc.

Świadczenia przysługujące ubezpieczonym na wypadek choroby były nieco wyższe niż w poprzednich projektach. Utrzymano wprawdzie 26-tygodniowy okres wypłacania zasiłku pieniężnego, jednakże miał on ulec przedłużeniu do 39 tygodni po 3 latach działalności kas chorych⁹. W ustawie zawarte było też upoważnienie do ustanawiania w statutach kas chorych jeszcze dłuższych okresów zasiłkowych — do 52 tygodni (art. 26). Zasiłek chorobowy wypłacany był za każdy dzień niezdolności do pracy (nie wyłączając niedziel i świąt), jednakże dopiero od trzeciego dnia choroby (art. 23 ust. I pkt 6). Wymiar zasiłku ustalony został w zasadzie na 60% zarobku dla wszystkich ubezpieczonych. Chorym leczonym w szpitalu przysługiwał jednak tylko zasiłek szpitalny (równy 10% płacy ustawowej), a gdy mieli na utrzymaniu inne osoby — zasiłek domowy (w wysokości 50% zasiłku chorobowego). Statuty kas chorych mogły ponadto podwyższać zasiłki pieniężne dla pracowników mających na utrzymaniu więcej niż dwoje dzieci (po 5% na każde dziecko). Ustawa stworzyła zatem perspektywy zarówno przedłużenia okresu zasiłkowego, jak i podnoszenia wymiaru świadczeń.

⁷ Święcicki, *Instytucje...*, s. 56; W. Jaśkiewicz, Cz. Jackowiak, W. Piotrowski, *Prawo pracy. Zarys wykładu*, Poznań 1967, s. 414.

⁸ Art. 97 i 98 cytowanej ustawy.

⁹ Art. 23 ust. II, por. też art. 34 (o świadczeniach nadzwyczajnych).

Zwracając uwagę na nowoczesną treść postanowień ustawy warto podkreślić, że o powstaniu uprawnień świadczeniowych decydowało nie formalne zgłoszenie ubezpieczonego lub uregulowanie składki, lecz sam fakt podjęcia pracy, czyli powstanie obowiązku ubezpieczenia¹⁰. Nie przewidywano także okresu wyczekiwania na uzyskanie prawa do zasiłku pieniężnego (z wyjątkiem niestale zatrudnionych, dla których okres ten wynosił 4 tygodnie)¹¹. Wszyscy ubezpieczeni zachowywali pod pewnymi warunkami prawo do świadczeń przez okres 4 tygodni po ustaniu zatrudnienia¹².

W celu zapobieżenia nadużywaniu świadczeń ze strony ubezpieczonych przewidziano środki w postaci utraty prawa do zasiłku (w razie wywołania choroby umyślnie, przez udział w bóje itd., niezastosowania się chorego do zarządzenia umieszczenia go w szpitalu) oraz kary pieniężnej (w wysokości 5-krotnego zasiłku) za przekroczenie regulaminu dla chorych.

Niewątpliwe osiągnięcia ustawy z 1920 r. w następnych latach uległy stopniowej redukcji pod wpływem nacisków sfer gospodarczych. Wyraziło się to przede wszystkim w ograniczeniu zakresu podmiotowego ubezpieczenia na wypadek choroby. Już w 1922 r. rozporządzenie ministra pracy i opieki społecznej spowodowało znaczny wyłom w zasadzie powszechności ubezpieczenia, wyłączyło bowiem gospodarstwa rolne i leśne poniżej 75 ha w byłym zaborze austriackim¹³. Podobny skutek wywołało w byłym zaborze rosyjskim uchylene tego obowiązku w odniesieniu do robotników rolnych przez statuty kas chorych¹⁴.

W okresie trudności gospodarczych i zmian politycznych główny atak skierowano na samorząd ubezpieczeniowy pozostający pod wpływami czynników opozycyjnych wobec rządu¹⁵. Wykorzystywano w tym celu art. 100 ustawy z 1920 r. uprawniający Urząd Ubezpieczeń do zawieszania organów kasy w razie stwierdzenia nadużyć lub przestępstw. Pod błahymi lub fikcyjnymi pretekstami rozwiązywano wybieralne organy kas i mianowano w ich miejsce komisarzy rządowych¹⁶. Te tzw. „rządy komisaryczne”, które praktycznie zniweczyły uprzednie

¹⁰ E. Modliński, *Podstawowe zagadnienia prawne ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 1968, s. 100 i n.

¹¹ Art. 10 cytowanej ustawy; L. Frankowska, *Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby*, Kraków 1930, s. 56.

¹² O ile członkostwo trwało co najmniej przez 6 ostatnich tygodni w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

¹³ Rozporządzenie z 18 I 1922 r., DzURP nr 18, poz. 149; Święcicki, *Instytucje...*, s. 108.

¹⁴ Frankowska, *op. cit.*, s. 27.

¹⁵ Święcicki, *Instytucje...*, s. 284 i n.

¹⁶ Tamże.

osiągnięcia w zakresie samorządowej organizacji ubezpieczenia chorobowego, zostały usankcjonowane dekretem z 29 XI 1930 r.¹⁷ Zniesiono wówczas wybieralne zarządy kas. Wprowadzono nominatów do rady nadzorczej, od której uzależniono dyrektorów zajmujących się bieżącą administracją. W 1932 r. zmniejszono liczbę kas chorych i zniesiono ich związki okręgowe. Dokonano w ten sposób etatyzacji i centralizacji instytucji ubezpieczeniowych.

Proces powyższy zamknęło uchwalenie 28 III 1933 r. ustawy scalającej ubezpieczenia społeczne¹⁸. Postanowienia tej ustawy (wraz z nowelą z 1934 r.) dotyczące ubezpieczenia chorobowego stanowiły zdecydowany regres w porównaniu z regulacją prawną z 1920 r. Szczególnie dotkliwe okazały się ograniczenia zasady powszechności tego ubezpieczenia i wartości jego świadczeń. Spod obowiązku ubezpieczenia chorobowego wyłączono nie tylko pracowników państwowych, pracowników domowych niestale zatrudnionych, pracowników samorządu terytorialnego, ale i pracowników lepiej zarabiających. Najbardziej odczuwalne było pozbawienie ubezpieczenia chorobowego pracowników rolnych, przy czym — co było charakterystyczne — zniesiono je nawet tam, gdzie istniało uprzednio w oparciu o przepisy niemieckie. W zamian wprowadzono „ubezpieczenie zastępcze” — fikcyjny w znacznej mierze obowiązek zapewnienia pomocy chorym pracownikom przez właścicieli majątków¹⁹.

Trójstopniowa organizacja ubezpieczeń społecznych (w tym również chorobowego) opierała się na zasadach wprowadzonych w 1930 r. W miejsce kas chorych utworzono ubezpieczalnie społeczne. Organem wyższym był Zakład Ubezpieczeń na Wypadek Choroby, a najwyższym — Izba Ubezpieczeń Społecznych, wspólna dla wszystkich rodzajów ubezpieczenia. Rozszerzono znacznie formy nadzoru za strony państwa.

Likwidowanie samorządnych form w ubezpieczeniu chorobowym szło w parze z redukcją świadczeń związanych z obniżeniem składki (do 50/0, w połowie opłacanej przez pracowników). Zasiłek chorobowy zmniejszono z 60 do 50/0 zarobku (60-procentowy zasiłek przywrócono dopiero w 1937 r.). Wartość zasiłku domowego, obliczanego jak poprzednio w wysokości 50/0 zasiłku chorobowego, uległa zmniejszeniu

¹⁷ Dekret o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych, DzU nr 81, poz. 635. Por. też A. Krieger, *O organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych*, „Robotniczy Przegląd Gospodarczy” 1930, s. 12, s. 268: „Zatarł się zupełnie podział kompetencji między władzami wybieralnymi a nadzorem państwowym, który będzie kierował instytucjami ubezpieczeń społecznych nie ponosząc za to kierownictwo żadnej odpowiedzialności”.

¹⁸ Ustawa o ubezpieczeniu społecznym, DzU nr 51, poz. 936.

¹⁹ W. Szubert, *Zarys prawa pracy*, Warszawa 1972, s. 29—30.

wskutek obniżenia podstawy jego wymiaru. Zasiłek szpitalny wynosił 1/5 zasiłku chorobowego. Przy obliczaniu świadczeń uwzględniano wszystkie dni tygodnia (a nie tylko dni pracy), co spowodowało dalsze ograniczenie ich wysokości. Upoważniono też ministra pracy i opieki społecznej do redukcji świadczeń, gdyby dochody ubezpieczalni nie pokrywały świadczeń ustawowych. Okres zasiłkowy skrócono z 39 do 26 tygodni, przy czym przedłużono do 3 dni okres karencyjny, ograniczający uprawnienia zasiłkowe w przypadku krótkoterminowej niezdolności do pracy. Okres wyczekiwania (4-tygodniowy) niezbędny dotychczas dla uzyskania prawa do zasiłku przez pracownika niestale zatrudnionego rozszerzono na wszystkich pracowników.

Wszystkie zmiany wprowadzone w zakresie ubezpieczenia chorobowego przez ustawę z 1933 r. były, jak widać, niekorzystne dla pracowników. Wysiłki zmierzające do przywrócenia poprzednich rozwiązań czyniono — w zasadzie bezskutecznie²⁰ — aż do wybuchu II wojny światowej.

II. ROZWÓJ ŚWIADCZEŃ PIENIĘŻNYCH NA WYPADEK CHOROBY W POLSCE LUDOWEJ

1. OKRES 1944—1949

Podstawowe założenia ubezpieczeń społecznych (w tym także na wypadek choroby) w Polsce Ludowej zostały sformułowane już 22 VII 1944 r. w *Manifestie lipcowym* PKWN. Przewidywano rozbudowę tej instytucji w oparciu o zasadę demokratycznego samorządu²¹. W następnych latach podjęto kroki w celu realizacji tych zapowiedzi. Jako punkt wyjścia przyjęto stan prawny i organizacyjny obowiązujący bezpośrednio przed wybuchem wojny (ustawa z 28 III 1933 r.). Równocześnie podjęto działalność legislacyjną zmierzającą do udoskonalenia ubezpieczenia na wypadek choroby przy utrzymaniu jego zasadniczych konstrukcji ukształtowanych w okresie międzywojennym. W latach 1944—1949 zdołano usunąć niekorzystne zmiany dokonane w zakresie organizacji ubezpieczeń i wysokości świadczeń w latach trzydziestych. Odbudowano wówczas samorząd ubezpieczeń, rozszerzono zakres osobobowy ubezpieczeń, zwolniono pracowników od płacenia składek oraz podwyższono poziom świadczeń.

²⁰ Święcicki, *Instytucje...*, s. 307.

²¹ Jaśkiewicz i in., *op. cit.*, s. 415; T. Gortat, *Ubezpieczenia społeczne w XXV-leciu Polski Ludowej*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1969, nr 10, s. 1; Z. Radzimowski, *Ubezpieczenia społeczne w XXX-leciu PRL*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1974, nr 7/8, s. 33.

Bezpośrednio po wyzwoleniu wznowiły działalność ubezpieczalnie społeczne, w których utworzono tymczasowe rady (powoływane przez związki zawodowe), komisje rewizyjne i Radę Tymczasową przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Kontrolę nad ich działalnością i zarząd funduszami sprawowały związki zawodowe²². Wkrótce też zmieniono zasady finansowania ubezpieczeń, obciążając obowiązkiem płacenia składek wyłącznie pracodawców²³.

Ostro krytykowane ograniczenia zasady powszechności ubezpieczenia chorobowego stopniowo usuwano. W 1944 r. dekretem PKWN uchylono przepis wyłączający pracowników o wyższych zarobkach²⁴. W styczniu 1946 r. rozciągnięto ubezpieczenie chorobowe na pracowników państwowych, emerytów i rencistów²⁵. Pracowników w gospodarstwach rolnych powyżej 30 ha objęto ubezpieczeniem z dniem 1 III 1947 r., a w pozostałych gospodarstwach — w rok później²⁶.

Do podwyższania zasiłków i przedłużania okresów zasiłkowych w miarę posiadanych środków finansowych upoważniono ubezpieczalnie społeczne dekretem z 1944 r.²⁷, niebawem zaś nastąpiło powszechne podniesienie ich wymiaru z 50 do 70% pełnego zarobku²⁸. Polityka ulepszenia systemu zasiłków wyrażała się w podjęciu ich wypłaty od pierwszego dnia niezdolności do pracy (likwidacja okresu karencyjnego) oraz stworzeniu możliwości przedłużenia okresu zasiłkowego o 13 tygodni (w wypadku, gdy dalsze leczenie rokowało przywrócenie w tym czasie choremu zdolności do pracy)²⁹.

Znaczne rozwinięcie świadczeń pieniężnych w omawianym okresie wiązało się z jednej strony z procesem realizacji przemian społeczno-gospodarczych, z drugiej zaś — z koniecznością intensywnej opieki nad zdrowiem ludności, dotkliwie odczuwającej skutki II wojny światowej.

2. OKRES 1949—1955

Lata 1949—1955 przyniosły zasadnicze przeobrażenia w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, które objęły również ubezpieczenia na wy-

²² Dekret PKWN z 7 IX 1944 r. o tymczasowych organach samorządu w ubezpieczeniach społecznych, DzU nr 5, poz. 24.

²³ Dekret z 29 IX 1945 r. o uiszczaniu przez pracodawców całości składki na ubezpieczenie społeczne i na fundusz pracy, DzU nr 43, poz. 240.

²⁴ Dekret PKWN z 23 X 1944 r. o zmianie ustawy z 28 III 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, DzU nr 9, poz. 44.

²⁵ Dekret z 8 I 1946 r.

²⁶ Gortat, *op. cit.*, s. 3.

²⁷ Por. przypis 22.

²⁸ Dekret z 28 I 1946 r.

²⁹ Dekret z 13 XII 1946 r., DzU 1947, nr 2, poz. 4.

padek choroby. Podjęto działalność legislacyjną w celu ich reorganizacji i dostosowania do zmienionych warunków ustrojowych. O ile w pierwszym okresie powojennym wysiłki zmierzały w kierunku utrzymania, a nawet rozwinięcia samorządowej i zdecentralizowanej organizacji finansowej ubezpieczeń chorobowych (odrębne fundusze celowe w każdej ubezpieczalni, stanowiące podstawę samodzielności finansowej, a w ZUS — m. in. ogólny Fundusz Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa), to w początkach lat pięćdziesiątych zarysowała się tendencja przeciwna.

Pierwsze zmiany przyniosła ustawa z 1 III 1949 r.³⁰ Na jej podstawie scalono i scentralizowano finanse ubezpieczeń społecznych. Zniesiono też samodzielność finansową ubezpieczalni. Wkrótce potem ustawą z 20 VIII 1950 r. w ogóle je zlikwidowano³¹. Całość ich funkcji przejął ZUS, one same zaś przekształciły się w jego terenowe placówki. Ostatecznie została usunięta odrębność finansowa funduszu ubezpieczeniowego, a dochody i wydatki ubezpieczeń włączono pełnymi kwotami do budżetu państwa i objęto narodowym planem gospodarczym³². Zauważono w ten sposób państwowy charakter całej działalności ubezpieczeń społecznych, zrywając w tej dziedzinie z tradycyjną koncepcją samorządu³³. Zachowano jednak w pewnym zakresie nadzór społeczny, który powierzono radom ubezpieczeń społecznych przy Centrali i oddziałach ZUS.

Reorganizacja ubezpieczeń społecznych spowodowała zmianę funkcji składki³⁴. Wielkość wpływu ze składek nie wyznaczała już wysokości wydatków na świadczenia. Stały się one jednym ze źródeł dochodu budżetu państwa, które gwarantowało świadczenia ubezpieczeniowe przez właściwy rozwój gospodarczy i odpowiednią regulację prawną³⁵. W konsekwencji wprowadzono składkę jednolitą, uniezależniając prawo do świadczeń zarówno od jej opłaty, jak i od indywidualnego zgłoszenia do ubezpieczenia. Skutkiem opisanych przemian nastąpiło rozerwanie związku między składką a świadczeniem, stanowiącego jedną z charakterystycznych cech ubezpieczenia³⁶. Na tle tych przemian zarysowały się nowe, niejednokrotnie kontrowersyjne poglądy na charakter prawny tej instytucji³⁷.

³⁰ Ustawa z 1 III 1949 r. o zmianie niektórych przepisów o ubezpieczeniu społecznym, DzU nr 18, poz. 109.

³¹ Ustawa o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, DzU nr 36, poz. 333.

³² Art. 11 cytowanej wyżej ustawy.

³³ Modliński, *op. cit.*, s. 216; Jaśkiewicz i in., *op. cit.*, s. 359.

³⁴ Gortat, *op. cit.*, s. 5.

³⁵ W. Szubert, *Zarys prawa pracy*, Warszawa 1976, s. 320.

³⁶ Radziwojski, *op. cit.*, s. 42—43.

³⁷ Szerzej na ten temat patrz Radziwojski, *op. cit.*, s. 33.

Przeobrażenia w zakresie funkcji składki umożliwiły zastosowanie prostszego systemu jej poboru. Od 1952 r. podstawą wymiaru składki stał się globalny osobowy fundusz płac w każdym przedsiębiorstwie³⁸. Reorganizacja objęła również sposób dokonywania wypłat zasiłków chorobowych po ustaleniu prawa do nich przez oddziały ZUS. Dobrowolne zrazu przejmowanie tych wypłat przez zakłady pracy, datujące się od 1949 r., w rok później stało się obowiązkowe³⁹. Wypłaty zasiłków dokonywane były początkowo z własnych funduszy zakładów na rachunek ubezpieczeń, a od 1952 r. pobierano na ten cel środki z rachunku budżetowego ubezpieczeń społecznych⁴⁰.

Zmianom w dziedzinie organizacji ubezpieczenia chorobowego towarzyszył dalszy rozwój świadczeń z tego tytułu. Zakres ryzyka, z którym wiązano prawo do zasiłku pieniężnego, został rozszerzony. Objęło nim poza niezdolnością do pracy także sytuacje, w których zachodzi konieczność przerwania pracy w celu zapobieżenia rozwojowi choroby (odosobnienie w związku z chorobą zakaźną)⁴¹, pobyt w sanatorium⁴². Mając na względzie szczególną sytuację kobiet pracujących i wychowujących dzieci, gdy opieka nad chorym dzieckiem pociągała za sobą przejściową niemożność zarobkowania, wprowadzono też odrębny zasiłek opiekuńczy (na okres do 30 dni w roku)⁴³.

3. OKRES 1955—1960

Okres ten otwiera dekret z 2 II 1955 r., w treści swej nawiązujący do dawnych koncepcji powierzenia udziału w zarządzie ubezpieczeniami samym pracownikom⁴⁴. Wiązało się to ściśle z odejściem od centralistycznych metod zarządzania gospodarką narodową i wzrostu znaczenia form samorządowych. Na mocy tego dekretu sprawy krótkoterminowych ubezpieczeń, w tym chorobowego, przekazano związkom zawodowym w ramach tzw. funkcji zleconych. Związki zawodowe utworzyły w tym celu własne organy z Centralnym Zakładem Ubezpieczeń Społecznych na czele. Ubezpieczenie na wypadek choroby zachowało przy

³⁸ Instrukcja ministra pracy i opieki społecznej oraz ministra finansów z 18 X 1952 r., MP A—92, poz. 1436.

³⁹ Uchwała Prezydium KERM z 23 III 1950 r., MP A—42, poz. 485.

⁴⁰ Instrukcja cytowana w przypisie 38.

⁴¹ Okólnik ZUS nr 30 z 1950 r. (później ustawa z 13 XI 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych, DzU nr 50, poz. 279).

⁴² Uchwała Prezydium Rządu nr 993 z 17 XII 1955 r. (MP nr 124, poz. 161) i nr 293 z 18 V 1954 r.

⁴³ Okólnik ZUS nr 84 z 27 VI 1948 r.; wyjaśnienie ministra pracy i opieki społecznej z 16 IV 1954 r.

⁴⁴ Dekret z 2 II 1955 r. o przekazaniu wykonywania ubezpieczeń społecznych związkom zawodowym, DzU nr 6, poz. 31.

łym charakter ubezpieczenia państwowego, a fundusze jego nadal wchodziły pełnymi kwotami do budżetu państwa.

Zmianom tym przyświecała myśl silniejszego przyciągnięcia ubezpieczonych do kontroli ubezpieczenia społecznego. W literaturze tego okresu zwracano też uwagę na celowość pewnej autonomii finansowej ubezpieczeń i udziału różnych form reprezentacji społeczeństwa w sprawowaniu kontroli nad ubezpieczeniem⁴⁵. Wybór związków zawodowych jako organizacji społecznej bezpośrednio i bieżąco administrującej ubezpieczeniami chorobowymi okazał się jednak nietrafny. Nastąpiło przeciążenie ich czynnościami administracyjnymi, do których wykonywania nie były przystosowane. Odbiło się to niekorzystnie zarówno na sprawowaniu funkcji w dziedzinie ubezpieczeń, jak i na realizacji zadań statutowych związków, tj. obronie interesów pracowników⁴⁶. Niezbyt szczęśliwe było również samo rozbitcie organizacyjne ubezpieczeń społecznych na krótkoterminowe (zasiłki) i długoterminowe (renty, emerytury) oraz powierzenie zarządzania nimi odrębnym podmiotom.

Upowszechnienie ubezpieczenia i podwyższenie poziomu świadczeń oraz zniesienie okresu karencyjnego, eliminującego krótkotrwale niezdolności do pracy, spowodowało znaczny wzrost absencji chorobowej i wydatków na zasiłki pieniężne. Upatrywano w tym nie tylko zwiększenie troski pracowników o własne zdrowie (ograniczonej poprzednio niskim wymianem zasiłków), ale także przejaw nadmiernego i nieuzasadnionego wykorzystywania świadczeń przysługujących z tytułu choroby. Pod koniec omawianego okresu zaostrzono w związku z tym kontrolę nad wydatkowaniem przez zakłady pracy środków na ten cel. Zastosowano administracyjno-finansowe środki mające przeciwdziałać pochopnemu wypłacaniu zasiłków i nieuzasadnionemu korzystaniu z nich przez pracowników. Ustawą z 6 VI 1958 r. wprowadzono mianowicie limitowanie kredytów z ubezpieczenia społecznego przeznaczonych na te zasiłki⁴⁷.

Zakłady pracy dokonując wypłaty zasiłków pieniężnych (państwowe i spółdzielcze zakłady na rozrachunku gospodarczym) mogły korzystać z funduszu ubezpieczenia tylko do określonej wysokości, ustalonej dla każdego z nich indywidualnie. Wypłaty zasiłków ponad kwotę określoną limitem obciążały fundusz płac. W ten sposób dla pokrycia części wydatków na ubezpieczenie chorobowe wykorzystano środki zakładów pracy. Wprowadzona metoda rozliczeń między zakładami pracy i orga-

⁴⁵ W. Szubert, *Zagadnienia prawne ubezpieczeń społecznych*, „Państwo i Prawo” 1957, nr 1, s. 47; Modliński, *op. cit.*, s. 111.

⁴⁶ Szubert, *Zarys...*, 1976, s. 39.

⁴⁷ Ustawa o zwalczaniu nadużyć w zakresie wykorzystywania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, DzU 1958, nr 7, poz. 43.

nami ubezpieczeń nie wpływała bezpośrednio na uprawnienia zasiłkowe pracowników⁴⁸. System ten, mający w założeniu spełniać rolę bodźca w kierunku zwalczania nieuzasadnionej absencji chorobowej, a także zwiększania troski o stan zdrowia pracowników przetrwał — ze zmianami — aż do 1976 r.

Ustawa z 1958 r. zmierzała też do podniesienia dyscypliny wśród pracowników przez obniżenie o 25% przysługującego pracownikowi zasiłku w razie niedoręczenia zaświadczenia o niezdolności do pracy w ciągu jednego (wyjątkowo dwóch) dnia po jego wystawieniu. Wspomniana ustawa nałożyła na zakłady pracy i organy ubezpieczeń społecznych obowiązek przeprowadzania stałych kontroli w stosunku do pracowników zwalnianych od pracy na podstawie zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy.

Rozwiązania te okazały się w praktyce mało skuteczne. Dokonywanie przez zakłady pracy kontroli właściwego wykorzystania zwolnień lekarskich przez pracowników było kosztowne i pracochłonne, a przy tym nie przynosiło pożądanych rezultatów. Ewentualne nadużycia w zakresie świadczeń z tytułu choroby występują bowiem najczęściej przy krótkotrwałej absencji — w tych zaś przypadkach kontrola zakładu bywa zwykle spóźniona.

4. OKRES 1960—1972

W 1960 r. wycofano się z rozwiązań wprowadzonych ustawą z 1955 r., reaktywując państwową administrację ubezpieczeniami na wypadek choroby⁴⁹. Związkom zawodowym natomiast zapewniono nadzór nad działalnością ZUS (rady nadzorcze).

Okres 1960—1972 r. cechuje dalszy rozwój systemu limitowania wypłat na zasiłki chorobowe oraz wzmoczenie kontroli nad prawidłowym wykorzystywaniem zwolnień z tytułu czasowej niezdolności do pracy. Nacisk na zakłady pracy w kierunku wzmocnienia działalności kontrolnej wyrażał się m. in. w uzależnieniu prawa do zwiększonych kredytów na zasiłki od liczby i efektów kontroli (rozporządzenie Rady Ministrów z 1963 r.)⁵⁰. Kolejne rozporządzenie Rady Ministrów zmierzało do pogłębienia bodźcowego charakteru tego systemu⁵¹. Stwarzało ono bowiem możliwość zachowania dotychczasowego limitu pomimo niewykorzystania go w danym roku na skutek zmniejszenia absencji

⁴⁸ Szubert, *Zarys...*, 1976, s. 304.

⁴⁹ Ustawa z 13 IV 1960 r. o utworzeniu Komitetu Pracy i Płac oraz o zmianach właściwości w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, rent, zaopatrzeń i opieki społecznej, DzU nr 20, poz. 119.

⁵⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z 16 III 1963 r., DzU nr 10, poz. 58.

⁵¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z 24 V 1967 r., DzU nr 20, poz. 90.

chorobowej. Poprzednio limity były w takim przypadku obniżane automatycznie, co zniechęcało do oszczędności i utrzymywania wypłat zasiłków poniżej ich poziomu⁵².

Liczne drobiazgowo i ciągle zmieniające się przepisy regulowały tryb orzekania o niezdolności do pracy z tytułu choroby. Mimo rozbudowy norm prawnych zaostrzających rygory w zakresie kontroli pracowników i restrykcje w stosunku do zakładów pracy, absencja chorobowa nie wykazywała tendencji malejącej⁵³. W literaturze toczyły się spory na temat celowości dalszego utrzymywania systemu limitowania, którego skuteczność okazała się wątpliwa. Postulowano wyłączenie spod limitów co najmniej zasiłków wypłacanych w sytuacjach, na których powstanie zakład pracy nie miał żadnego wpływu (zasiłki z tytułu sprawowania opieki nad chorym dzieckiem, odsunięcia od pracy w związku z chorobą zakaźną wypłacane byłym pracownikom), i wszystkich zasiłków wypłacanych w spółdzielniach pracy inwalidów. Stawiano też pytanie, czy istotnie wzrost absencji chorobowej należy wiązać z nieuzasadnioną absencją i czy zawsze należy oceniać go negatywnie⁵⁴.

Konstrukcja świadczeń pieniężnych aż do 1972 r. była niejednolita. Utrzymywało się zróżnicowanie wymiaru zasiłków w zależności od miejsca leczenia: zasiłek chorobowy (przysługujący w razie leczenia ambulatoryjnego) wynosił 70% zarobku; zasiłek domowy (dla osób pozostających na utrzymaniu pracownika przebywającego w zakładach lecznictwa zamkniętego), w wymiarze 50% zarobku, podwyższony został w przypadku gruźlicy do 70%; podobnie zasiłek szpitalny (od 1956 r. w wymiarze 25% zarobku) podwyższono do 35% w razie gruźlicy lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną; w przypadku zasiłku sanatoryjnego stawka wynosiła 35% zarobku dla samotnych i 70% dla pozostałych osób. Od 1963 r. wprowadzono ponadto zasiłek zdrowotny w zróżnicowanej indywidualnie wysokości.

Podstawę wymiaru zasiłku stanowił tradycyjnie cały zarobek brutto, łącznie z wypłatami z funduszu bezosobowego (wynagrodzenie gotówkowe wraz z dodatkami stałymi i za godziny nadliczbowe, a także wynagrodzenie w naturze). Nie uległ zmianie okres zasiłkowy, który nadal wynosił 26 tygodni z możliwością przedłużenia do 39 tygodni (w razie gruźlicy — 39 tygodni z możliwością przedłużenia do 52 tygodni).

⁵² Por. J. Stoberski, *Aktualność systemu limitowania wydatków na zasiłki chorobowe*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1968, nr 1, s. 41.

⁵³ S. Jedynak, *O skuteczniejsze przeciwdziałanie absencji chorobowej*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1971, nr 5, s. 13.

⁵⁴ E. Kozdraś, *Limitowanie kredytów na wypłaty zasiłków chorobowych*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1972, nr 6.

Wymiar zasiłków pieniężnych nie zapewniał pełnej rekompensaty utraconego zarobku. Utrzymywało się nadal w tym zakresie zróżnicowanie uprawnień robotników i pracowników umysłowych, którzy mieli prawo do pełnego wynagrodzenia z zakładu pracy przez 3 miesiące nieobecności w pracy z powodu choroby.

5. OKRES OD 1972 R.

Mimo nieosiągnięcia zamierzonych skutków w dziedzinie ograniczenia rozmiarów absencji chorobowej nastąpiło w 1972 r. kolejne podwyższenie i uproszczenie wymiaru zasiłków przysługujących z tytułu choroby⁵⁵. Wiązało się to z nową polityką społeczną po wydarzeniach grudniowych. Uchylono przestarzałą ustawę z 1933 r. i uporządkowano regulację prawną świadczeń pieniężnych. Zlikwidowano zróżnicowanie ich wymiaru i wprowadzono jednolity zasiłek dla wszystkich ubezpieczonych niezależnie od miejsca leczenia.

W nowych stawkach zasiłku chorobowego wyraził się zamiysł pełnej kompensacji zarobków utraconych z powodu niezdolności do pracy. Ustawa przewidywała 100-procentowy zasiłek w razie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, a 85-procentowy, gdy przyczyna choroby była inna. W ciągu kolejnych 2 lat następować miał dalszy wzrost wymiaru świadczeń (w 1973 r. 90%, w 1974 — 100% zarobku), aż do pełnego zrównania uprawnień pracowników fizycznych i umysłowych, którzy tradycyjnie zachowali wynagrodzenie przez 3 miesiące niezdolności do pracy. Podstawa wymiaru zasiłku została nieco zwięziona. Stanowił ją przeciętny zarobek netto (pomniejszony o składkę na cele emerytalne i podatek od wynagrodzeń) za ostatnie 3 miesiące przed chorobą, uzyskany w danym zakładzie pracy. W razie zmiany miejsca pracy nie uwzględniano poprzednich zarobków. Nie podlegały wyliczeniu premie i nagrody, o ile wypłacano je w okresie niezdolności do pracy. Podstawę wymiaru zasiłku dla pracowników zakładów nieuspołeczniczonych stanowiło natomiast wynagrodzenie w gotówce, zgłaszane do wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne.

Nie uwzględniono postulatów wprowadzenia obligatoryjnego 39-tygodniowego lub dłuższego okresu zasiłkowego. Nadal utrzymano okres 26-tygodniowy z warunkowym przedłużeniem o 13 tygodni w zależności od szans przywrócenia zdolności do pracy. Rozwiązanie to zachowano mimo tego, że nie gwarantowało ciągłości pomocy pieniężnej we wszystkich uzasadnionych przypadkach. Orzeczenie komisji lekarskiej, że leczenie nie rokuje przywrócenia choremu zdolności do pracy

⁵⁵ Ustawa z 6 VII 1972 r., DzU nr 27, poz. 191.

w ciągu 13 tygodni, nie wiązało komisji lekarskiej do spraw inwalidztwa, która mogła orzec, że chory nie jest inwalidą. W tej sytuacji zainteresowany nie otrzymywał żadnego świadczenia⁵⁶.

Radykalne podniesienie wymiaru świadczeń i utrzymanie zasady wypłacania ich od pierwszego dnia choroby mogło stwarzać zachętę do nadmiernej szerokości ich wykorzystywania. Czerpiąc z doświadczeń lat poprzednich, zachowano jednak umiar przy określaniu kontrolnych obowiązków zakładu pracy. Sprawdzanie prawidłowości zwolnień od pracy z tytułu choroby ograniczono do przypadków uzasadnionych. Poprzedni system stałych kontroli okazał się bowiem uciążliwy, a przy tym mało skuteczny. Zlikwidowano też krytykowany obowiązek dostarczenia zaświadczenia o niezdolności do pracy następnego dnia po jego wystawieniu (pod rygorem utraty 25% zasiłku za okres zwłoki), zastępując go obowiązkiem powiadomienia zakładu o przyczynie nieobecności.

Zachowano natomiast stale budzący zastrzeżenia system limitowania kredytów na zasiłki chorobowe, mający oddziaływać bodźcowo w kierunku ograniczania wypłat. W piśmiennictwie podkreślano, że limitowanie miało charakter nadmiernej sztywności i schematyczny i w praktyce nie dawało zadowalających rezultatów, wywoływało natomiast skutki negatywne (m. in. dążenie zakładów pracy do uzyskiwania jak najwyższych limitów). Wynikające z limitowania kredytów na zasiłki obciążenia funduszu płac powodowały obniżenie premii pracowników nie mających wpływu na zmniejszenie rozmiarów absencji⁵⁷.

Ustawa z 17 XII 1974 r. dokonała ostatecznego zrównania uprawnień pracowników fizycznych i umysłowych, przewidując w razie niezdolności do pracy z powodu choroby jednolity zasiłek pieniężny⁵⁸. Wymiar tego zasiłku ustalono początkowo na 100% zarobku, aby nie pomniejszać świadczeń należnych pracownikom umysłowym. Jednak już w rok później wycofano się z tego rozwiązania, uzależniając wymiar zasiłku od długości ogólnego stażu pracy. Zasiłek w wymiarze 100% zarobku zachowano w razie choroby zawodowej i wypadku przy pracy, ciąży, nieobecności trwającej ponad 30 dni i posiadania stażu pracy przekraczającego 8 lat. Równocześnie ograniczono podstawę wymiaru świadczeń. W jej skład włączono wynagrodzenie zaliczane do osobowego funduszu płac (który nie obejmuje m. in. wypłat z zakładowego funduszu nagród), z wyjątkiem diet, wypłat z tytułu gotowości do pra-

⁵⁶ S. Garlicki, E. Szeremeta, *Ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa oraz ubezpieczenie rodzinne. Komentarz*, Warszawa 1967, s. 89.

⁵⁷ Cz. Jackowiak, *Stan i kierunki rozwoju zabezpieczenia społecznego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1973, nr 1, s. 16.

⁵⁸ Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, DzU 1975, nr 34, poz. 188.

cy, dyżurów domowych itd., a dla pracowników medycznych — także dyżurów zakładowych. Wlicza się do podstawy wymiaru wynagrodzenie zasadnicze, stałe dodatki za pracę w warunkach szkodliwych dla zdrowia, premie regulaminowe objęte podstawowym systemem wynagrodzenia, wynagrodzenie akordowe, a także wynagrodzenie za godziny nadliczbowe, jednakże nie w całości (gdy jest ich więcej niż 30 w miesiącu, uwzględnia się je w połowie).

Okres zasiłkowy pozostał nie zmieniony (6 miesięcy z możliwością przedłużenia do 9). Wprowadzono jednak nowe świadczenia, do których prawo powstaje pod pewnymi warunkami po wyczerpaniu okresu zasiłkowego: tzw. rentę chorobową oraz zasiłek wyrównawczy.

Zniesiono uwarunkowanie prawa do zasiłku od okresu wyczekiwania (z wyjątkiem umów na okres próbny, na czas określony i na czas wykonania określonej pracy). Utrzymano zasadę wypłacania zasiłku od pierwszego dnia niezdolności, bez okresu karencyjnego; jedynie w razie nadużycia alkoholu zasiłek nie przysługuje przez pierwsze 3 dni niezdolności do pracy z tego powodu. Podwyższeniu wymiaru świadczeń towarzyszyło wprowadzenie rygorów wzmagających dyscyplinę pracy (zmniejszenie zasiłku o 25% przez okres roku nie tylko w razie nadużycia uprawnień do świadczeń, ale także nie usprawiedliwionej nieobecności w pracy lub porzucenia pracy, niezależnie od innych środków dyscyplinujących będących w dyspozycji zakładu pracy). Słuszność tego rozwiązania może nasuwać wątpliwości nie tylko z uwagi na zasadniczą funkcję zasiłku chorobowego, ale także ze względu na nieracjonalność tego rodzaju działania. Dolegliwość wspomnianego środka zależy bowiem od stanu zdrowia pracownika, a nie od stopnia jego winy (im dłuższa i poważniejsza choroba, tym redukcja zasiłku jest bardziej odczuwalna).

Ostatnia poważna zmiana w zakresie ubezpieczenia chorobowego została dokonana w roku 1975. Zniesiono system limitowania wydatków na zasiłki chorobowe, wprowadzając jednocześnie zasadę pokrywania świadczeń wypłacanych w czasie trwania stosunku pracy z funduszu płac⁵⁹. Nie przewidziano przy tym możliwości zaliczenia ich na poczet składek ubezpieczeniowych ani wyłączenia tych kwot z podstawy ich wymiaru. Pomimo tego, że zasiłki wypłacane są przez zakłady pracy z własnych środków, decyzje w sprawach świadczeń wydawane są przez oddziały ZUS. Natomiast zasiłki chorobowe wypłacane po ustaniu stosunku pracy i świadczenia inne niż chorobowe (zasiłki opiekuńcze, macierzyńskie), a także dla pracowników nie uspołecznionych zakładów pracy obciążają nadal fundusz ubezpieczeniowy. W literatu-

⁵⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z 24 X 1975 r., DzU nr 35, poz. 193.

rze zarysowały się wątpliwości, czy obecnie wszystkie zasiłki chorobowe są świadczeniami z ubezpieczenia społecznego, czy też — gdy pokrywane są z funduszków zakładu pracy — mają charakter wypłat gwarancyjnych⁶⁰.

Dokonane zmiany są wyrazem poszukiwania takich form ubezpieczenia chorobowego, które zapewniając pracownikowi odpowiednio wysokie świadczenia, zapobiegałyby jednocześnie nadmiernemu i niezgodnemu z przeznaczeniem ich wykorzystywaniu. W świetle powyższego przeglądu rozwiązań prawnych widać wyraźnie, że cele te nie zostały jeszcze zrealizowane, a właściwe rozstrzygnięcie szeregu kwestii w omawianym zakresie natrafia wciąż na trudności.

III. PODSUMOWANIE

Obecna konstrukcja świadczeń pieniężnych na wypadek choroby ukształtowała się w wyniku ponad 50-letniej ewolucji, zapoczątkowanej ustawą z 1920 r. W toku tej ewolucji ulegały modyfikacji zasady organizacji ubezpieczenia chorobowego odpowiednio do zachodzących przemian ustrojowych i dotyczących struktury społeczno-gospodarczej kraju. Instytucja ta obejmuje obecnie swoim zasięgiem wszystkich pracowników i ma na celu zapewnienie im pokrycia utraty wynagrodzenia w razie niemożności wykonywania pracy nie tylko z powodu choroby, ale także z innych przyczyn (opieka nad dzieckiem, odosobnienie zarządzone przez władze sanitarne). W miarę jej rozwoju, zwłaszcza zaś upowszechnienia i podniesienia poziomu świadczeń, pojawiły się nowe problemy wymagające rozwiązania. Dotyczy to przede wszystkim właściwego ukształtowania środków przeciwdziałających nadmiernej i nieuzasadnionej korzyści z świadczeń pieniężnych. W ciągu wielu lat wypróbowano różne środki: od kar pieniężnych i pozbawienia w pewnych okolicznościach prawa do świadczeń w całości lub w części (co stosowano już w okresie międzywojennym) aż do metod administracyjno-finansowych, polegających na kontroli wykorzystywania zasiłków dokonywanej przez zakłady pracy, oddziały ZUS i ośrodki zdrowia oraz na limitowaniu kredytów na zasiłki z funduszków ubezpieczeniowych. Praktyka stosowania tych środków pozostaje w związku z pewnym rozluźnieniem dyscypliny pracy i wysokim

⁶⁰ K. Kolasiński, *Rozstrzygnięcie sporów o świadczenia z ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 1978, s. 21; inaczej E. Modliński, *O charakterze prawnym aktualnych pracowniczych zasiłków chorobowych*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1977, nr 4, s. 7.

wymiarem zasiłków (zwłaszcza w ostatnich latach), mogącym stanowić zachętę do ich szerokiego i nie zawsze uzasadnionego wykorzystywania.

Prawie 20-letnia praktyka limitowania kredytów na zasiłki wykazała nieprzydatność tego narzędzia w walce z nieuzasadnioną absencją chorobową. Powstaje pytanie, czy obecna metoda pokrywania wypłat zasiłków chorobowych z własnych środków zakładu pracy istotnie może uruchomić bodźce w kierunku racjonalnego korzystania z tych świadczeń. Oddziałuje ona w pierwszym rzędzie na kierownictwo zakładu pracy, odpowiedzialne za podział funduszu płac, które zatem powinno troszczyć się o ograniczenie rozmiarów absencji chorobowej. Kierownictwo zakładu nie decyduje jednak o zwolnieniu pracownika od pracy z powodu choroby ani też nie jest w stanie ocenić, czy absencja chorobowa ma zasadną przyczynę. Środki kontroli pozostające w dyspozycji zakładu są raczej mało skuteczne. Nadużycia dotyczą bowiem zazwyczaj prawa do zasiłku przysługującego w razie krótkotrwałej choroby, te zaś przypadki słabo poddają się kontroli. Omawiana metoda może oddziaływać tylko pośrednio na motywację pracowników (zwiększone wypłaty zasiłków powodują ograniczenie wysokości premii), wpływ ten jest więc słaby. Ponadto takie rozwiązanie koliduje z poczuciem sprawiedliwości. Brak jest też widocznego związku między indywidualnym przypadkiem nieobecności w pracy z powodu choroby a negatywnymi skutkami nadmiernej absencji w skali całego zakładu pracy, co stanowi kolejny czynnik ograniczający skuteczność stosowania tej metody.

Pokrywanie wypłat zasiłków chorobowych z zakładowego funduszu płac budzi też zastrzeżenia ze społecznego punktu widzenia. Pracownicy sumiennie wykonujący swoje obowiązki ponoszą bowiem konsekwencje uzasadnionej i nieuzasadnionej absencji innych pracowników. W niezręcznej sytuacji stawia to też osoby poważnie czy przewlekłe chore, które świadome są tego, że bez własnej winy przyczyniają się pośrednio do powstania negatywnych skutków finansowych dla reszty pracowników. Natomiast dla osób nieuczciwych, rzeczywiście nadużywających prawa do zasiłku, motywacja ta jest zbyt słaba, aby mogła wpłynąć na zmianę ich postępowania. Z powyższych względów nie należy raczej oczekiwać, że obecny sposób finansowania zasiłków chorobowych przyniesie radykalną poprawę w zakresie ograniczenia rozmiarów absencji chorobowej.

Udoskonalenia wymagają sposoby kontroli wykorzystywania zwolnień lekarskich. Kontrola dokonywana przez zakłady pracy nie przynosi właściwych rezultatów. Stosowanie jej może rodzić konflikty między pracownikami, jest czasochłonne i odrywa inne osoby od pracy. Ustale-

rze zarysowały się wątpliwości, czy obecnie wszystkie zasiłki chorobowe są świadczeniami z ubezpieczenia społecznego, czy też — gdy pokrywane są z funduszy zakładu pracy — mają charakter wypłat gwarancyjnych⁶⁰.

Dokonane zmiany są wyrazem poszukiwania takich form ubezpieczenia chorobowego, które zapewniając pracownikowi odpowiednio wysokie świadczenia, zapobiegająby jednocześnie nadmiernemu i niezgodnemu z przeznaczeniem ich wykorzystywaniu. W świetle powyższego przeglądu rozwiązań prawnych widać wyraźnie, że cele te nie zostały jeszcze zrealizowane, a właściwe rozstrzygnięcie szeregu kwestii w omawianym zakresie natrafia wciąż na trudności.

III. PODSUMOWANIE

Obecna konstrukcja świadczeń pieniężnych na wypadek choroby ukształtowała się w wyniku ponad 50-letniej ewolucji, zapoczątkowanej ustawą z 1920 r. W toku tej ewolucji ulegały modyfikacji zasady organizacji ubezpieczenia chorobowego odpowiednio do zachodzących przemian ustrojowych i dotyczących struktury społeczno-gospodarczej kraju. Instytucja ta obejmuje obecnie swoim zasięgiem wszystkich pracowników i ma na celu zapewnienie im pokrycia utraty wynagrodzenia w razie niemożności wykonywania pracy nie tylko z powodu choroby, ale także z innych przyczyn (opieka nad dzieckiem, odosobnienie zarządzone przez władze sanitarne). W miarę jej rozwoju, zwłaszcza zaś upowszechnienia i podniesienia poziomu świadczeń, pojawiły się nowe problemy wymagające rozwiązania. Dotyczy to przede wszystkim właściwego ukształtowania środków przeciwdziałających nadmiernej szerokości i nieuzasadnionemu korzystaniu ze świadczeń pieniężnych. W ciągu wielu lat wypróbowano różne środki: od kar pieniężnych i pozbawienia w pewnych okolicznościach prawa do świadczeń w całości lub w części (co stosowano już w okresie międzywojennym) aż do metod administracyjno-finansowych, polegających na kontroli wykorzystywania zasiłków dokonywanej przez zakłady pracy, oddziały ZUS i ośrodki zdrowia oraz na limitowaniu kredytów na zasiłki z funduszy ubezpieczeniowych. Praktyka stosowania tych środków pozostaje w związku z pewnym rozluźnieniem dyscypliny pracy i wysokim

⁶⁰ K. Kolasieński, *Rozstrzygnięcie sporów o świadczenia z ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 1978, s. 21; inaczej E. Modliński, *O charakterze prawnym aktualnych pracowniczych zasiłków chorobowych*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1977, nr 4, s. 7.

wymiarem zasiłków (zwłaszcza w ostatnich latach), mogącym stanowić zachętę do ich szerokiego i nie zawsze uzasadnionego wykorzystywania.

Prawie 20-letnia praktyka limitowania kredytów na zasiłki wykazała nieprzydatność tego narzędzia w walce z nieuzasadnioną absencją chorobową. Powstaje pytanie, czy obecna metoda pokrywania wypłat zasiłków chorobowych z własnych środków zakładu pracy istotnie może uruchomić bodźce w kierunku racjonalnego korzystania z tych świadczeń. Oddziałuje ona w pierwszym rzędzie na kierownictwo zakładu pracy, odpowiedzialne za podział funduszu płac, które zatem powinno troszczyć się o ograniczenie rozmiarów absencji chorobowej. Kierownictwo zakładu nie decyduje jednak o zwolnieniu pracownika od pracy z powodu choroby ani też nie jest w stanie ocenić, czy absencja chorobowa ma zasadną przyczynę. Środki kontroli pozostające w dyspozycji zakładu są raczej mało skuteczne. Nadużycia dotyczą bowiem zazwyczaj prawa do zasiłku przysługującego w razie krótkotrwałej choroby, te zaś przypadki słabo poddają się kontroli. Omawiana metoda może oddziaływać tylko pośrednio na motywacje pracowników (zwiększone wypłaty zasiłków powodują ograniczenie wysokości premii), wpływ ten jest więc słaby. Ponadto takie rozwiązanie koliduje z poczuciem sprawiedliwości. Brak jest też widocznego związku między indywidualnym przypadkiem nieobecności w pracy z powodu choroby a negatywnymi skutkami nadmiernej absencji w skali całego zakładu pracy, co stanowi kolejny czynnik ograniczający skuteczność stosowania tej metody.

Pokrywanie wypłat zasiłków chorobowych z zakładowego funduszu płac budzi też zastrzeżenia ze społecznego punktu widzenia. Pracownicy sumiennie wykonujący swoje obowiązki ponoszą bowiem konsekwencje uzasadnionej i nieuzasadnionej absencji innych pracowników. W niezręcznej sytuacji stawia to też osoby poważnie czy przewlekłe chore, które świadome są tego, że bez własnej winy przyczyniają się pośrednio do powstania negatywnych skutków finansowych dla reszty pracowników. Natomiast dla osób nieuczciwych, rzeczywiście nadużywających prawa do zasiłku, motywacja ta jest zbyt słaba, aby mogła wpłynąć na zmianę ich postępowania. Z powyższych względów nie należy raczej oczekiwać, że obecny sposób finansowania zasiłków chorobowych przyniesie radykalną poprawę w zakresie ograniczenia rozmiarów absencji chorobowej.

Udoskonalenia wymagają sposoby kontroli wykorzystywania zwolnień lekarskich. Kontrola dokonywana przez zakłady pracy nie przynosi właściwych rezultatów. Stosowanie jej może rodzić konflikty między pracownikami, jest czasochłonne i odrywa inne osoby od pracy. Ustale-

nie prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich zazwyczaj nasuwa trudności, poza dość rzadkimi przypadkami jaskrawego nadużycia prawa do zasiłku. W razie nieobecności krótkoterminowej dociera do zakładu pracy zbyt późno, żeby można było podjąć działalność kontrolną. Celowe byłoby stworzenie środków mniej uciążliwych i kosztownych, a przy tym bardziej efektywnych.

Istotne zastrzeżenia wywołuje stosowanie redukcji zasiłków chorobowych jako kary za naruszenie dyscypliny pracy. Pozostaje to bowiem w zasadniczej kolizji z przeznaczeniem tego świadczenia.

W polityce podnoszenia poziomu świadczeń pieniężnych widoczna jest pewnego rodzaju niekonsekwencja. Ustalono bowiem bardzo wysoki ich wymiar i wypłatę od pierwszego dnia niezdolności do pracy przy jednoczesnym obniżeniu podstawy wymiaru zasiłków chorobowych. Wysokiemu poziomowi zasiłków chorobowych towarzyszą ograniczenia okresu ich wypłacania, które mogą być dotkliwe dla ludzi długotrwale chorych. Renta chorobowa, przysługująca po upływie okresu zasiłkowego, nie wydaje się pełnym rozwiązaniem tego problemu. Warunki nabycia prawa do niej są bowiem surowsze niż w przypadku zasiłku: wymagane jest stwierdzenie niezdolności do podjęcia jakiegokolwiek pracy. Także wymiar renty chorobowej jest niższy (75% zarobku).

Przypadki długotrwalej niezdolności do pracy nie są zbyt częste i przedłużenie okresu zasiłkowego ponad 9 miesięcy nie stanowiłoby znacznego obciążenia finansowego. Znacznie polepszyłoby natomiast sytuację osób chorych. Należy też podkreślić, że maksymalny okres wypłaty zasiłków chorobowych jest obecnie krótszy niż okres przyjęty w konwencji nr 130 Międzynarodowej Organizacji Pracy z 1969 r. (przewidującej okres 52-tygodniowy), co stanowi jedyną przeszkodę w ratyfikacji tej konwencji przez Polskę. Wydaje się zatem, że instytucja zasiłków chorobowych także i w tym zakresie powinna zostać udoskonalona.